



Approche anthropologique de la pratique diagnostique du “ trouble de l’identité de genre ”

Laurence Hérault

► To cite this version:

Laurence Hérault. Approche anthropologique de la pratique diagnostique du “ trouble de l’identité de genre ” : Anthropological approach to the diagnostic practice of the “ gender identity disorder ” . L’Évolution Psychiatrique, 2015, 80, pp.275-285. halshs-01243869

HAL Id: halshs-01243869

<https://shs.hal.science/halshs-01243869>

Submitted on 15 Dec 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Approche anthropologique de la pratique diagnostique du « trouble de l'identité de genre »

Anthropological approach to the diagnostic practice of the « gender identity disorder »

Laurence Hérault

Professeure d'anthropologie, Aix Marseille Université, CNRS, IDEMEC, UMR 7307,13094, Aix-en-Provence, France

Le trouble de l'identité de genre, tel que défini par le DSM, est utilisé couramment par les psychiatres français pour la prise en charge des personnes trans dans les équipes hospitalières spécialisées. Dans le rapport de 2009 de la Haute Autorité de Santé, par exemple, les onze experts psychiatres interrogés disent tous utiliser la nomenclature du DSM IV pour établir leur diagnostic. Le Trouble de l'identité de genre (TIG) est donc bien présent dans la pratique clinique des médecins français. Cependant lors de l'enquête ethnographique de terrain que j'ai effectuée entre 2005 et 2008 auprès d'une équipe hospitalière spécialisée, le TIG semblait absent. Il n'était pas évoqué dans les consultations et très rarement dans les réunions de concertation qui rassemblaient régulièrement les membres de l'équipe (psychiatre, psychologues, endocrinologue, chirurgiens, infirmier) pour statuer sur la situation des consultants¹. En revanche, il apparaissait visiblement à l'issue du processus diagnostique dans l'attestation médicale écrite qui était délivrée pour la prise en charge du traitement hormono-chirurgical. Cette présence-absence quelque peu déconcertante est un point de départ intéressant pour questionner cette procédure diagnostique dans un contexte où le TIG est objet de débats et de controverses et où la caractérisation pathologique de l'expérience transgenre est mise en question. Dans le cadre de cet article, je me centrerai sur l'usage du TIG dans la consultation

¹ L'enquête de terrain a été réalisée auprès qu'une équipe pluridisciplinaire hospitalière spécialisée dans la prise en charge des personnes trans. Comme dans la plupart des équipes médicales françaises de ce type, les consultants y étaient reçus successivement par un psychiatre, un psychologue, un endocrinologue et un chirurgien. Une réunion de concertation était ensuite organisée où l'équipe prenait une décision collégiale quant à l'inscription du consultant dans le protocole de réassignation. Dans la phase d'évaluation, qui pouvait durer de six mois à un an, le psychiatre réalisait une série d'entretiens cliniques non-structurés tandis que le psychologue assurait un entretien clinique puis recevait plusieurs fois le consultant pour le soumettre à différents tests de personnalité susceptibles d'aider au diagnostic (entre autres Rorschach et Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

psychiatrique en essayant de saisir ce qu'il impose et propose à toutes les personnes concernées, médecins et consultants, et ce qu'il laisse percevoir de notre conception de l'identité sexuée.

La consultation psychiatrique : le piège de l'autodiagnostic

De toutes les consultations qui sont réalisées dans le cadre d'un parcours de transsexuation, la consultation psychiatrique est sans doute celle qui est la plus commentée par les différents participants. Les psychiatres en soulignent, relativement souvent, la difficulté quand les consultants peuvent se montrer, quant à eux, déroutés par la manière dont leurs déclarations et leur projet sont pris en considération par le médecin. Pour les psychiatres, il semble que la difficulté soit liée à ce qu'ils nomment le problème de l'autodiagnostic qui rend difficile la relation thérapeutique dans la mesure où l'avis diagnostique du professionnel risque toujours d'entrer en conflit avec la position du patient [1]. Mais s'il est vrai que beaucoup de consultants arrivent avec une conception plus ou moins assurée de leur situation et une idée relativement précise des manières dont il faut la traiter, le terme autodiagnostic semble spécifier abusivement l'exposé du consultant et entraver nos possibilités de compréhension de la consultation. Ainsi étiqueté, le discours du consultant est, en effet, déjà complètement formaté dans le langage de la pathologie et se donne aussi a priori comme un propos usurpant une compétence qui serait affaire de spécialistes. Cette traduction médicale de la posture du consultant non seulement ne permet pas de saisir la diversité éventuelle des référents de ce dernier (notamment non médicaux), mais surtout elle ne permet pas de comprendre le travail conjoint du consultant et du psychiatre pour établir une qualification médicale particulière, c'est-à-dire, la manière dont ils s'entendent pour y parvenir. Afin de ne pas être enfermée dans cette position réductrice, il est préférable de tenir ce qui est présenté par les consultants au plus près de ce qui est dit. A partir d'une observation d'une dizaine de consultations et d'une analyse des notes anonymisées d'un psychiatre, il a été ainsi possible de dégager trois modalités de déclaration: des *déclarations d'identité*, des *déclarations de situation* et des *déclarations d'intention*. Les premières portent plus particulièrement sur l'identité de la personne (« *je suis transsexuel* », « *je me sens plus homme que femme* », « *j'ai un moi femme et un moi homme* », « *j'ai une identité d'homme* », « *je ne suis pas une fille* ») ; les deuxièmes se focalisent sur son état (« *je suis mal* », « *je me sens pas bien* », « *j'ai un problème* », « *ma vie ne va pas du tout* », « *je suis pas à l'aise dans le corps que j'ai* ») ; et enfin les dernières se donnent plutôt comme des projets (« *je veux devenir une femme* », « *je voudrais changer mon sexe biologique* », « *je veux faire un protocole de transsexualisme* », « *je veux me faire opérer* », « *je veux changer de corps* »). Ces

déclarations sont celles qui initient la première consultation mais on peut également les retrouver, conjointement ou successivement, au cours d'un même entretien. Il ne s'agit pas d'explicitier ici ces formulations dans la singularité de leur motivation, mais de comprendre quelles mises à l'épreuve elles subissent au cours de l'investigation psychiatrique.

Déclarations d'identité et récit de soi

Contrairement aux situations ordinaires, les déclarations d'identité faites en consultation ne viennent pas répondre à une question posée (qui êtes-vous ? / je suis trans) mais provoquent un questionnement identitaire (je suis trans / alors qui êtes-vous ?) comme le suggère cet extrait :

Sabine Gemenos² (consultante) – Ben, je suis transsexuelle, j'ai pas eu de chance et voilà.

Vincent Lapierre (psychiatre) – Oui.

SG. – (silence)

VL. – Je suis transsexuelle, c'est pas... c'est pas beaucoup ça. Donc qui vous êtes ? D'où vous venez ? De quelle histoire ? Où vous en êtes ?

Une déclaration d'identité oblige donc le consultant à raconter une histoire, à faire un récit de soi. La quête diagnostique amène, en outre, à traiter ce récit d'une certaine manière et notamment à comparer les différents éléments qui le composent aux symptômes répertoriés dans le DSM. Il convient, en effet, de s'assurer de la présence des deux critères majeurs du TIG à savoir l'identification intense et persistante à l'autre sexe et l'inconfort persistant par rapport au sexe assigné. Il s'agit donc de partir à la découverte des expériences vécues et des sentiments éprouvés afin de les comparer aux symptômes répertoriés et de les interroger quant à leur concordance:

Julien Duchesne. – *Alors, moi, depuis tout petit, j'ai toujours voulu... être une femme. Donc j'ai toujours voulu ressembler à mes cousines. J'ai toujours voulu... être une femme. Mettre des talons. Jouer à la Barbie, m'habiller en femme, et tout ça. Ça a commencé... moi je m'en rappelle pas, mais ma tante m'a dit que ça avait commencé à partir de 3 ans. Elle en avait parlé à ma mère. Je faisais les spectacles des Spice Girls avec mes cousines, j'étais une fille. Je jouais aux Barbies avec elles. J'étais toujours considéré comme une fille : on jouait au papa et à la maman, moi j'étais toujours la maman.*

Et... en fait, après à l'école, je me suis beaucoup fait insulté, je me suis beaucoup fait... discriminé, parce que j'avais des talons... tout ça. Et ça m'a fait un blocage. Quand je rentrais à la maison, je pleurais, je savais pas quoi faire. Et je me suis renfermé sur moi-même, durant quelques temps.

DSM IV

Critère A. Identification à l'autre sexe :

² Tous les noms utilisés dans les extraits d'observation sont des pseudonymes.

Préférence et engagement pour les jeux de l'autre
sexe

Attrait pour les vêtements de l'autre sexe et
travestissement éventuel

Affinité et propension à partager les centres
d'intérêt et les activités des membres de l'autre sexe
et à rechercher leur compagnonnage

Souhait d'avoir des caractéristiques physiques de
l'autre sexe

Dans cette optique, l'enquête biographique revient à constituer la qualification psychiatrique de la personne, c'est-à-dire à faire entrer une histoire de vie et son protagoniste dans le cadre de la nosographie de référence. Ce processus de « psychiatisation » est, en outre, étroitement dépendant de la valeur de vérité des énoncés produits par le consultant. On comprend, en effet, que dans une telle mise en relation, l'authenticité des éléments rapportés est fondamentale, car, en elle, tient toute la validité diagnostique. C'est la raison pour laquelle, la typicité des récits est à la fois désirable et redoutable. Le récit de Julien Duchesne est ici éclairant. Il est bon que les éléments qu'il expose soient « reconnaissables », c'est-à-dire semblables à ceux répertoriés dans le DSM, et c'est d'ailleurs bien dans la mesure où ils le sont que J. Duchesne, comme bien d'autres, les propose à l'examen du psychiatre. Mais on comprend aussi qu'il est essentiel que les éléments rapportés aient été réellement expérimentés pour que le diagnostic de TIG « tienne la route ». Leur typicité est donc fondamentale mais elle ne peut faire l'impasse d'une interrogation sur l'authenticité du récit exposé. D'autant qu'on sait que face à une évaluation psychiatrique qui a statut de sésame pour l'hormonation et la chirurgie, les histoires de vie ont logiquement tendance à la typification : les consultants proposent ce qu'ils savent être attendu par le psychiatre. Cette interrogation quant à la véracité des récits est si importante que certains psychiatres se montrent particulièrement irrités ou obnubilés par les « mensonges » des consultants, n'hésitant pas à s'en faire les dénonciateurs [2] et/ou interrogent les proches des consultants, notamment leurs parents, qui deviennent des sortes de témoins privilégiés dans la quête diagnostique.

Quoi qu'il en soit, on voit ici que le récit de soi qui vient soutenir la déclaration d'identité n'est pas envisagé comme un moyen de constituer une identité « historique » où des actions, des sentiments, des relations, des événements viendraient définir qui est cette personne mais permet plutôt de constituer une identité intérieure problématique où les comportements de la personne tiennent lieu de preuves à la fois de son « trouble » et de son identité sexuée « véritable ». Autrement dit, le récit de soi n'ouvre pas sur une identité narrative (l'histoire qui a fait le consultant et qui dit qui il est) mais sur une identité essentialisée (une histoire qui dit ou peut dire qu'il est transsexuel c'est-à-dire « troublement » sexué). Ce passage de la caractérisation à

la catégorisation tient à la fois à la manière dont le genre est habituellement compris, c'est-à-dire en terme de propriétés personnelles, et à la façon dont le TIG a été élaboré au cours du XXème siècle³. La quête diagnostique apparaît ainsi comme un processus de traduction, un passage d'un langage des actions à un langage ontologique qui transforme les éléments d'une histoire en propriétés personnelles : les actions, les événements, les relations expérimentés par une personne ne sont que l'expression d'un moi sexué particulier, d'une identité intérieure problématique.

Déclarations de situation et qualification de la souffrance

Les déclarations de situation, contrairement aux déclarations d'identité, n'amènent pas à proprement parler à une histoire de vie mais invite à une description plus détaillée des sentiments éprouvés par le consultant.

Magali Roy – Ben moi, en fait, ça je l'ai tout le temps eu. Je me suis jamais sentie une fille. Depuis l'âge de raison, depuis 7 ans... j'aimais pas qu'on me traite comme une fille, tout ça. Jamais. Depuis toujours. Même maintenant j'aime pas, ça me gêne.

Vincent Lapierre. – Qu'est-ce qui vous gêne dans la sensation d'être une fille ?

MR. – Même je sens que je suis pas bien, je suis mal dans ma peau. Je sens bien que ça va pas. Je suis pas en synchronisation avec mon corps quoi. Parce que dans ma tête je suis ça et puis... voilà.

De manière assez générale les déclarations de situation sont référées, comme ici, à une expérience problématique ou douloureuse et sont donc des lieux et des occasions de mise à l'épreuve du quatrième critère du TIG à savoir le fait d'éprouver « une souffrance cliniquement significative ». L'apparition de la souffrance dans les critères diagnostiques mentionnés dans le DSM IV n'est certes pas spécifique au TIG puisque la référence à cette notion est essentielle pour justifier toute intervention psychiatrique⁴, mais reste à savoir ce qu'elle recouvre ici. Si le DSM IV reste assez discret sur ce que peut être une souffrance *cliniquement significative*, l'observation des consultations permet de l'entrevoir. Tout d'abord, la mise à l'épreuve de la souffrance ne porte pas sur la question de son authenticité : quelles que soient les modalités d'expression de cette souffrance, la sincérité est ici un présupposé. Ce n'est guère étonnant dans

³ Pour une histoire de cette élaboration cf. entre autres [3] et [4]

⁴ Voir même pour maintenir un certain nombre de catégories dans la nosologie psychiatrique comme le suggère, entre autres, le maintien de l'homosexualité égo-dystonique dans le DSM III après la décision d'exclure l'homosexualité du DSM.

la mesure où une expression non souffrante de la demande de transition est susceptible de faire voler en éclat l'inscription du traitement hormono-chirurgical (THC) dans une médecine de réparation qui a permis historiquement son développement et sous-tend toujours sa légitimité⁵. En revanche, il y a une *mise en cause* sourcilleuse, et parfois violente, de la souffrance exprimée. L'investigation se focalise, en effet, non seulement sur une caractérisation de son contenu mais aussi sur une détermination de ce qui la motive de façon à établir un diagnostic spécifique:

VL. – Est-ce que vous avez l'impression que c'est la seule difficulté que vous avez ?

Magali Roy – Comment?

VL. – Quand vous dites, « je suis mal dans ma peau », est-ce que vous pensez que tout se résoudrait... à être... on va dire... d'une autre apparence physique que celle que vous avez. Ou bien il y a plus de difficulté que ça ?

Sabine Gémenos – Puis moi j'ai arrêté [mes études] parce que j'ai des gros problèmes d'attention. J'ai du mal à me tenir tranquille en fait.

VL. – Oui, mais on peut arrêter parce qu'on se rend compte que la voie qu'on a choisi ne convient pas, mais peut-être...

SG. – Non, c'est... ça me convenait pas des masses, c'est vrai, mais c'est parce que le fait d'être transsexuelle ça me... pfoû... j'ai du mal à me tenir tranquille en classe et...

VL. – la transsexualité n'a jamais donné de troubles de l'attention.

SG. – Non, mais moi ça me gêne. C'est pas le transsexualisme, c'est...

VL. – Mais quand vous êtes en classe, vous êtes en classe.

SG. – Oui, mais... je suis pas à l'aise et... déjà que je bouge beaucoup en temps normal.

VL. – Vous pensez pas que... Je vais vous dire un truc qui va vous blesser mais on est là, pas pour se faire du bien, mais pour faire avancer les choses, d'accord. Vous pensez pas qu'il a bon dos, là, le transsexualisme ?

SG. – Non. Non, non. J'ai pas dit que c'est à cause de ça. J'ai dit : « je suis mal dans ma peau à cause de ça ».

VL. – Non, « je suis mal dans ma peau ».

SG. – Oui.

VH. – On va enlever « à cause de ça ».

SG. – On peut pas...

VL. – « je suis mal dans ma peau ».

SG. – Si vous voulez... si ça peut vous faire plaisir.

VL. – ça me fait pas plaisir... le problème c'est que vous êtes réellement mal dans votre peau, ça je le vois très bien. Mais je voudrais vous faire entendre, quand je vous dis le transsexualisme a bon dos, que ça vous sert d'écran... pour qu'on travaille pas suffisamment pour... qu'est-ce qui vous rend mal dans votre peau ?

Dans ces mises à l'épreuve, le psychiatre ne met en doute ni la réalité des déclarations ni celle du mal-être, il teste simplement le lien de causalité qui les unit. Est-ce que le mal-être de Magali

⁵ Ce qui contraste avec d'autres modalités de mise à l'épreuve de la souffrance psychique qui réfère à une politique de la preuve comme le montrent Fassin et Rechtman [5].

Roy est bien un effet du manque de synchronisation entre le corps et l'esprit tel qu'énoncé ? N'a-t-il pas d'autres raisons ? Ou encore, suggérant brutalement que la référence au transsexualisme de Sabine Gémenos n'est peut-être qu'une échappatoire, il s'attache très explicitement à délier la souffrance exprimée d'avec la déclaration d'identité (« *on va enlever à cause de ça* ») afin de la mettre à l'épreuve. On comprend ici que pour être recevable, la souffrance expérimentée doit être produite uniquement par le TIG et ne pas être imputable à d'autres problèmes psychiques. On observe, en outre, dans les consultations des injonctions régulières à parler de cette souffrance à la première personne : il s'agit de dire « je souffre » plutôt que « ça me fait souffrir ».

VL. – Alors parlez-moi de vous à la première personne. Qu'est-ce qui va pas bien en vous ? « J'ai quoi ? ».

VL. – D'abord dites « je ». « J'ai quoi ? » pas « quand vous avez ». Je sais pas qui sait « quand vous ». Parlez de vous à la première personne. Qu'est-ce qui se passe qui vous rend la vie difficile ? « J'ai quoi ? ».

Pour le psychiatre, il semble que le désarroi éprouvé doive être individualisé et assumé comme un malaise propre à celui qui l'éprouve. Pour répondre positivement au quatrième critère du TIG, il faut donc que le consultant internalise sa souffrance en l'énonçant à la première personne, de telle sorte qu'elle soit portée par ce « je » qui en est, à la fois, le lieu et la limite. Parallèlement d'ailleurs, on observe dans les premières consultations, une exclusion systématique des tiers comme cause éventuelle de souffrance. Contrairement à ce qu'on avait vu pour les déclarations d'identité où les partenaires du consultant étaient mobilisés, notamment comme témoins, la mise à l'épreuve de la souffrance les écarte de la scène. Les autres, et notamment les proches, ne sont pas des agents étiologiques recevables⁶ dans la quête diagnostique comme le suggèrent ces réponses de V. Lapierre à S. Gémenos :

SG. – « je me suis dit qu'il valait mieux pas que je le dise parce que j'avais peur de me faire lyncher »

VL. – « on voit pas très bien pourquoi »

VL. – « Vous travaillez pas ? »

SG. – « ben les gens comme moi, on les veut pas en général » ;

VL. – « c'est une information qui n'engage que vous »

⁶ Contrairement à ce qu'on observe, par exemple, pour le syndrome de stress post traumatique qui se déclare pour des raisons extérieures à la personnalité et où les tiers ont généralement une responsabilité. Cf. Fassin et Rechtman [5].

Si le psychiatre ne méconnaît pas cette dimension de l'expérience des consultants⁷, elle ne lui importe pas dans la mise à l'épreuve de la souffrance énoncée car il s'agit pour lui de voir dans quelle mesure il est possible de la définir comme une difficulté à être et non pas simplement comme une difficulté à vivre. Le TIG est en effet précisément compris comme un problème identitaire, c'est-à-dire à proprement parler comme un mal-être. Ce n'est donc pas la situation qui doit faire souffrir mais bien la structure même de la personnalité. Ainsi une souffrance « cliniquement significative » est une souffrance entièrement personnelle, un malaise circonscrit et localisé, adéquatement relié à ce qui le cause, à savoir ici l'incohérence sexuée. Tout désarroi qui serait le fait de l'action des tiers, ou qui pourrait être mis en relation avec un autre motif, ou encore qui serait généralisé, a des chances de ne pas déboucher sur un diagnostic de TIG et/ou d'aboutir à la suspension provisoire ou définitive de la transition envisagée.

Déclaration d'intention et choix de vie

Le traitement des déclarations d'intention vient confirmer la manière dont le TIG produit de l'identité sexuée. Ces déclarations ouvrent une brèche : dire « je veux être un homme (ou une femme) » c'est supposer qu'il est possible de choisir son genre, sa manière d'être sexuée or l'identité de genre est conçue ici comme une propriété des personnes (dont les comportements ne sont que l'expression). Les déclarations d'intention doivent donc se constituer d'une certaine façon pour être « recevables ». Elles sont acceptables si elles sont capables de se traduire à un moment ou un autre dans un langage ontologique comme le fait Sylvie Charpentier qui commence par dire « *je veux être un garçon au lieu d'une fille parce que je me sens très mal dans ma peau* » et qui au fil du questionnement de V. Lapierre dit finalement : « *Je me ressens vraiment comme un garçon... c'est ma personne elle-même qui est comme ça* ». Elles le sont aussi si elles se positionnent comme une solution au trouble identitaire, un recours thérapeutique envisagé comme un processus de « recouvrement de soi » (je veux devenir celui/celle que je suis vraiment). En revanche, elles ne sont pas recevables lorsqu'elles persistent à poser l'identité sexuée comme une alternative, comme une possibilité offerte de se définir. C'est ce que V. Lapierre signifie, par exemple, à Alexis Karalis à la fin de la consultation : « *ce qui ne va pas tout à fait dans le sens d'un transsexualisme dans ce que vous dites, c'est tout simplement*

⁷ La souffrance résultant d'un rejet des autres n'est pas niée à proprement parler mais elle n'est abordée et interrogée que dans la quête pronostique qui se développe plus particulièrement dans les consultations ultérieures : il s'agit alors de savoir si le consultant est capable de l'affronter et quelles sont les ressources dont il dispose pour le faire (soutien familial ou amical, aide psychologique, etc.).

parce que vous dites deux choses : « j'ai su que ça existait et je me suis demandé si ça me plaisait d'être une fille ou un garçon ». J'ai pris les phrases telles que vous les avez dites. Les phrases telles qu'on les dit ça parle de soi sans qu'on le sache. La deuxième chose que vous avez dite, c'est : « depuis petit je rêvais d'être une fille ». Les transsexuels disent : « depuis que je suis tout petit je sais que je suis une fille et mon corps, c'est une horreur, c'est une erreur de la nature, je sais pas pourquoi cette chose-là m'arrive ». Je vous le dit parce que c'est important pour vous. Je pense pas que vous soyez transsexuel. Je pense que vous êtes quelqu'un qui a une féminité... un côté masculin/féminin... une féminité inscrite en vous. Et que peut-être allez payer le prix de... de penser qu'un coup de bistouri réglerait cette difficulté à trouver votre équilibre est peut-être excessif. Il faudra qu'on se donne le temps de réfléchir à tout ceci parce que c'est important ». Le psychiatre, en explicitant à A. Karalis que ses propos ne correspondent pas à ceux que tiennent les gens qui sont reconnus comme transsexuels, l'invite à réfléchir et/ou à se mettre au travail : s'il tient véritablement au projet de transformation qu'il a associé à son « vouloir être femme », il devra être en mesure de justifier ce dernier de manière plus convaincante, c'est-à-dire d'une façon plus identitaire.

Pour résumer on voit que dans ce processus diagnostique de TIG, l'identité sexuée est bien pensée comme subjective (le fait d'un sujet) mais dans une version de l'intériorité mentale, ce qui est assez bien en phase avec la version occidentale classique de l'identité sexuée où le genre est conçu comme une propriété des personnes. C'est d'ailleurs sans doute ce recoupement conceptuel qui donne faussement l'impression que la procédure diagnostique n'est qu'une procédure descriptive exprimant l'expérience des consultants alors que le traitement particulier des déclarations nous montre pourtant combien elle participe à la produire spécifiquement. Cette manière de prendre en charge les choses n'est pas toujours aussi productive que les psychiatres l'imaginent. Si la plupart tiennent fermement au diagnostic, différentiel ou non, c'est parce qu'ils le voient comme le seul moyen de ne pas se fourvoyer dans une transition inappropriée. Pourtant, il n'est pas sûr que ce soit le diagnostic qui protège les différents protagonistes de ce risque. Je voudrais pour le montrer examiner plus attentivement un exemple particulier, celui de Xavier Pinelli, qui vient en consultation pour savoir si ce qu'il nomme son « problème d'identité » relève du transsexualisme comme il le dit lui-même: *« je voulais savoir... si j'étais touché de ce qu'on appelle le transsexualisme »*. Le problème tel qu'il l'expose n'a cependant pas la forme d'un problème d'identité sexuée « ordinaire » (au sens d'une incohérence identitaire sexe/genre), c'est en fait tout autant un problème d'attachement et d'incompatibilité. Il tient essentiellement dans la difficulté à faire coexister sa féminité et sa

famille : « *En fait j'ai un problème. Je suis marié, j'ai deux enfants et depuis mon enfance, je suis...on peut dire... attiré par du travestisme, féminin. (...) Donc, en fait, à certains moments, je me travesti, je sors dans la rue... en femme. Donc je suis confronté au désir de... devenir femme. Mais j'ai le problème, disons, de mon épouse et de mes enfants* ». X. Pinelli entrevoit deux façons de le résoudre : soit il « *passé de l'autre côté* » et « *part au divorce* », soit il se débarrasse de son désir de féminité et il garde sa famille. Au cours de l'entretien, on comprend qu'à ce moment de sa vie, il n'est pas prêt à renoncer à sa famille, il dit plusieurs fois vouloir « *s'en sortir* » et « *sauver son couple* ». La quête diagnostique, ordinairement conduite, ne semble pas pouvoir tenir ensemble ces deux dimensions du problème et elle prend clairement la forme d'une procédure de purification : le psychiatre en sépare les deux versants pour mettre à l'épreuve l'identité féminine tout en laissant de côté la famille (qui n'est pour lui qu'un élément contextuel). Dès la fin de cette première consultation, un diagnostic ferme est énoncé (ce qui est très rare d'après mes observations) : il ne s'agit pas de transsexualisme mais de transvestisme et la transition hormono-chirurgicale est dite inadaptée. L'analyse fine de la consultation suggère que si ce diagnostic a été formulé aussi rapidement, c'est que la dimension pronostique a été cruciale⁸. En fait, si X. Pinelli est dit transvesti c'est moins parce que le tableau clinique serait ici « aveuglant » (plus évident qu'en d'autres cas) que parce que le consultant n'est pas prêt pour la transition (et qu'en ce cas il serait inadéquat et risqué de l'engager et d'engager une équipe médicale dans un tel processus). Autrement dit, le processus qui conduit à un diagnostic aussi assuré est à l'inverse de celui qui est énoncé : c'est bien l'hésitation de X. Pinelli quant à la transition qui fait de lui un transvesti plutôt que des éléments symptomatiques de son récit de vie. Ce n'est donc pas le diagnostic qui protège le consultant du risque de s'engager dans une transition éventuellement inadaptée mais son propre doute quant à l'intérêt d'une telle démarche. En ce sens, il n'est pas sûr que l'étiquetage en terme de transvestisme ait un véritable intérêt d'autant qu'il n'offre pas de solution véritable : s'il ferme la porte de la transition, il n'y a pas de solution proposée pour se « débarrasser » de ce travestisme encombrant (« *c'est pas parce que je vous dis ça que l'affaire est réglée et qu'on va sortir un lapin d'un chapeau pour vous aider* » dira d'ailleurs V. Lapierre) et ce d'autant plus que l'incompatibilité posée entre féminité et famille n'est pas non plus résolue puisqu'exclue de l'investigation. On peut alors se demander si les diagnostics proposés dans cette procédure évaluative ne sont pas autant de leurres dans la mesure où l'attention à la capacité/volonté des consultants (de réaliser une transition bénéfique) y est éclipsée par

⁸ Cf. aussi à ce propos l'analyse des réunions de concertation d'une équipe hospitalière de Bujon & Dourleus [6].

l'élucidation de ce qu'ils sont censés être : transvestis, transsexuels ou autres. On pourrait imaginer une autre manière de faire, moins aveugle sur ce qui permet de prendre des décisions raisonnables ou du moins raisonnées et qui, sans proposer de solution miracle, serait plus respectueuse de l'autonomie des consultants et de leur capacité d'agir. Pour cela il faudrait que l'évaluation des consultants cesse de vouloir se donner comme une quête diagnostique qui fait de l'interrogation identitaire son point focal. Car la question qui importe à tous, consultant et médecins, est au fond celle de l'intérêt d'une transition pour la personne concernée et non pas celle d'une identité « troublement » sexuée. Pour ce faire, pourquoi ne pas remplacer le « qui est cette personne ? » propre à la quête diagnostique par un simple « que convient-il de faire ici et maintenant sachant qu'il y a telle et telle possibilité ? ». Si cette question était au centre de la consultation, celle-ci deviendrait un espace de délibération moins hiérarchisé où le consultant ne serait plus face à un professionnel dont la tâche consiste à (prétendre) pouvoir dire qui il est et en conséquence l'autoriser ou lui interdire la transition sans qu'il ait véritablement voix au chapitre. Dans le cas de X. Pinelli, par exemple, un tel positionnement ne l'aurait pas exclu de l'interrogation sur l'intérêt d'une transition, ce qui lui aurait permis de conserver sa capacité d'agir et peut-être aussi de relier autrement les données du problème posé (en questionnant l'incompatibilité posée entre féminité et famille). Quoi qu'il en soit, dans cette nouvelle version, il ne s'agirait plus de (se) prouver qu'on est homme ou femme, ou encore « transsexuel », en faisant une lecture symptomatique d'un récit de vie mais simplement d'interroger un projet de vie qui envisage pour se réaliser d'en passer par une transition et qui, de ce fait, mobilise de nombreuses personnes. Cette manière de faire suppose qu'on abandonne la version en usage de l'identité sexuée comme intériorité mentale et propriété personnelle pour une autre qui conçoit le genre comme une modalité d'action et de relation, version sans doute mieux armée pour rendre la diversité des expériences sexuées⁹. Mais surtout, elle amène à remettre en question le rôle actuel du psychiatre comme dépositaire des « troubles » de la sexuation (et de la sexualité) et comme sésame de la transition hormono-chirurgicale.

Bibliographie

1 Green R. Pièges et difficultés dans les entretiens avec des patients qui ont des troubles de l'identité de genre : points de controverse en pratique clinique. *Sexologies* 2008 ; 17 : 245-257

⁹ Pour plus de précisions cf. [7] et [8]

2 Chiland C. Changer de sexe. Paris : Odile Jacob ; 1997

3 Meyerowitz J. How sex changed. A history of transsexuality in the United States. Cambridge : Harvard University Press ; 2002

4 Castel PH. La métamorphose impensable. Essai sur le transsexualisme et l'identité personnelle. Paris : Gallimard ; 2003

5 Fassin D. & Rechtman R. L'empire du traumatisme, Enquête sur la condition de la victime. Paris : Flammarion ; 2007

6 BujonT. & Dourlens C. Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans. Sciences Sociales et Santé 2012 ; 30 (3) : 33-58.

7 Hérault L. Procréer à la manière des femmes, engendrer en tant qu'homme. In : Hérault L. editor La parenté transgenre. Aix-en-Provence : Presses universitaires de Provence ; 2014 p. 79-90

8 Théry I. La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité. Paris : Odile Jacob ; 2007